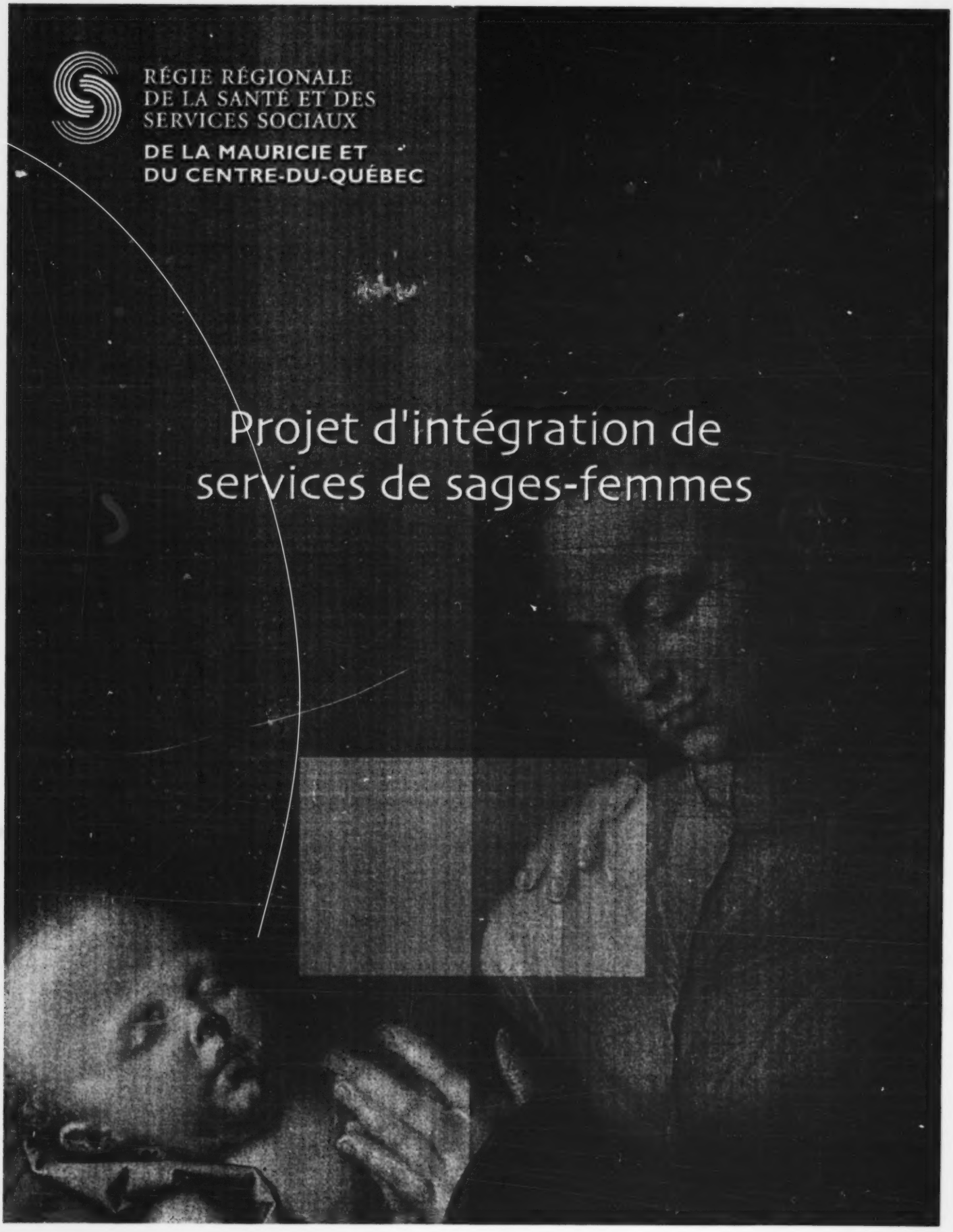
RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Projet d'intégration de services de sages-femmes



Dans ce document, le générique féminin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les hommes que les femmes.

L'appellation région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec désigne les deux régions administratives 04 et 17.

Conception et mise en page : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (M.N. 2 avril 2001).

Reproduction totale ou partielle autorisée, avec mention de la source.

Document disponible sur le site Web de la Régie régionale : *http://www.rrsss04.gouv.qc.ca*

Dépôt légal - 2e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89340-049-3

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

106-06055/

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

89e assemblée du conseil d'administration
Date : 14 mars 2001
Article CARR-89-07
Résolution CARR-01-04

Résolution relative au projet d'intégration des services de sages-femmes en Mauricie et au Centre-du-Québec

CONSIDÉRANT que le projet d'intégration des services de sages-femmes en Mauricie et au Centre-du-Québec répond à un besoin exprimé par les femmes et les couples de la région d'avoir accès à des services de périnatalité axés sur une approche humaine et globale, offerts près de leur milieu de vie.

CONSIDÉRANT que ce projet prévoit la dispensation de nouveaux services, complémentaires à ceux déjà offerts, à une proportion importante de la population de la région.

CONSIDÉRANT que ce projet correspond aux objectifs de la Politique de périnatalité ainsi qu'aux orientations du MSSS pour l'intégration des sages-femmes au réseau de la santé et des services sociaux.

CONSIDÉRANT l'impact positif et le rapport coût-bénéfices avantageux de la pratique sage-femme tel que démontré par l'évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes.

CONSIDÉRANT l'ouverture manifestée par le ministre Jean Rochon, en 1996, à recevoir et à examiner un projet qui vise à la mise en place d'alternatives pour les accouchements sans anesthésie sur le territoire Nicolet-Yamaska.

CONSIDÉRANT que l'implantation d'un centre de naissances et de services de sages-femmes a été ciblée dans le Plan de consolidation 1999-2002 comme une mesure pouvant améliorer la santé, le bien-être et les conditions de vie des femmes.

CONSIDÉRANT l'appui au projet du comité consultatif régional sur les conditions de vie des femmes.

CONSIDÉRANT l'accueil favorable au projet de la plupart des organismes et établissements œuvrant en périnatalité dans la région.

CONSIDÉRANT l'avis produit par la Commission médicale régionale soulignant la nécessité de mettre en place les corridors de services requis afin d'assurer la protection de la santé de la mère et de l'enfant.

CONSIDÉRANT que l'Université du Québec à Trois-Rivières est la seule université québécoise à offrir le programme de baccalauréat en pratique sage-femme et que le projet offrira des lieux de stage pour les étudiantes de ce programme, puis des lieux de pratique pour les sages-femmes diplômées.

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée :

1. D'approuver le projet d'intégration des services de sages-femmes en Mauricie et au Centre-du-Québec et de l'acheminer au MSSS pour obtenir le financement nécessaire à son actualisation.
2. D'assurer un suivi de la gestion de l'implantation du projet et d'y apporter le support nécessaire.
3. De valider les coûts après une analyse rigoureuse du volet des immobilisations.
4. De s'assurer que le projet se développe en partenariat avec les acteurs déjà en place, tels les équipes Enfance-Famille des CLSC, les gynécologues-obstétriciens, les médecins omnipraticiens, les pédiatres, les organismes communautaires œuvrant en périnatalité, le CHRTR.
5. De s'assurer que tous les mécanismes de consultation, de référence ou de transfert soient clairement définis, dans le respect des limites de responsabilités de chaque corps professionnel, afin de garantir aux femmes suivis par des sages-femmes des services de qualité, continus et sécuritaires.
6. De s'assurer que les ententes ou protocoles de collaboration signés avec les instances concernées telles le CHRTR, les entreprises ambulancières, les CLSC receveurs des services de sages-femmes et le Complexe de santé et services sociaux Nicolet-Yamaska, soient déposés à la Régie régionale.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

Fait à Trois-Rivières
Le 15 mars 2001

Michèle Laroche,
Directrice générale

Ce projet a été élaboré par le comité consultatif pour l'implantation d'un Centre des naissances, maintenant devenu le comité aviseur pour l'implantation d'un Centre des naissances. Ce comité est composé de :

- Huguette Boilard, sage-femme, professeure à l'Université Laurentienne (Sudbury) jusqu'en juin 2000, responsable du programme de baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières
- Carole Boudreau, Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska
- Marthe Bouffard, Centre de femmes Parmi Elles, MRC de Bécancour
- Huguette Falardeau, CLSC-CHSLD Les blés d'or
- Jean Fournier, Corporation de développement communautaire Nicolet-Yamaska
- Agnès Freulon, mère, accompagnante
- Lyne Mailhot, CLSC-CHSLD Les blés d'or / Maison de la Famille de l'Ouest
- Hélène Moreau, Diocèse de Nicolet
- Chantale Paré, Collective des femmes de Nicolet et Région
- Nathalie Pomerleau, Regroupement Aide-Lait de Nicolet-Yamaska
- Élaine Fréchette, Centre de Ressources pour la Naissance région Mauricie

Ont collaboré à l'élaboration du projet :

- Marleen Baker, usagère, membre du groupe de travail pour la bonification du projet
- Lyne Castonguay, coordonnatrice du Centre de Maternité de l'Estrie, membre du groupe de travail pour la bonification du projet
- Isabelle Côté, responsable du dossier « Santé des femmes », Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Sophia Crosato, agente de recherche
- Nicole Daigle, infirmière-chef du département de gynécologie-obstétrique du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, membre du groupe de travail pour la bonification du projet
- Carl Lacharité, chercheur
- Louis Rocheleau, conseiller en recherche, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Après son élaboration et le dépôt à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, il a fait l'objet d'une vaste consultation auprès des établissements et organismes de la région oeuvrant en périnatalité (voir la liste à l'Annexe 1). Cette consultation a permis de démontrer le large consensus que suscite le projet, d'abord pour son approche mais aussi pour la localisation du Centre des naissances sur la rive sud, à Nicolet. Le projet a par ailleurs reçu l'appui de plusieurs personnes ou organismes de la région (voir la liste à l'Annexe 2).

Ont permis la réalisation de ce document :

- Monic Provencher, secrétaire, Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska
- Doris Béliveau, secrétaire, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Carole Germain, secrétaire, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Table des matières

Introduction 9

Historique 11

I Les assises du projet

1.1 Les besoins identifiés par la population 15
1.2 Les orientations de la Politique de périnatalité 17
1.3 Les résultats des projets-pilotes et la légalisation de la pratique sage-femme 18
1.4 Les orientations du MSSS pour l'intégration des services sages-femmes selon le nouveau cadre légal 20

II Les objectifs visés : une réponse adaptée aux besoins

2.1 Les objectifs du projet 25
2.2 Les principes d'organisation 26

III La description du projet : des services accessibles près des milieux de vie

3.1 La description des services 31
3.2 Le déploiement des services de sages-femmes 34
3.3 La localisation du Centre des naissances 35
3.4 Les membres de l'équipe du Centre des naissances 36
3.5 L'organisation administrative 38
3.6 Les ententes et les collaborations 39

IV L'implantation : un investissement pour des services de qualité

4.1 Le calendrier d'implantation 45
4.2 Les coûts d'implantation 47

V Le budget de fonctionnement

5.1 Le coût 53

VI L'évaluation : une amélioration continue de la qualité des services

6.1 Les ressources financières 60
6.2 Les résultats de production 61
6.3 Les résultats intermédiaires 62
6.4 Les retombées sur la santé et le bien-être 63

Conclusion 65

Annexe I 67
Annexe 2 69
Annexe 3 71
Annexe 4 73

Bibliographie 75

Introduction

> *« Ce sont des femmes de notre région qui ont initié une prise de conscience quant à l'importance de promouvoir une alternative à l'accouchement en centre hospitalier. (...) Habitées qu'elles sont d'offrir un ailleurs et un autrement, à la fois en réponse et en poursuite à l'approche traditionnelle de l'accouchement en milieu hospitalier, ces femmes, appuyées par de nombreux partenaires, mènent ce projet avec une énergie considérable. »*

Ce projet d'intégration de services de sages-femmes vise à combler l'absence de ressources alternatives en périnatalité pour l'ensemble de la région Mauricie et du Centre-du-Québec. Il prévoit le développement de services axés sur une approche globale de la naissance qui tient compte du caractère avant tout familial de cet événement et qui permet une plus grande implication des couples. Le projet propose aussi la création d'un lieu convivial, fréquenté par les parents, où seraient offerts le suivi pré, per et postnatal, le soutien à l'allaitement, les rencontres de parents, des activités de formation, etc.

Le projet prend assise sur un besoin identifié par la population. En effet, une étude des besoins des couples en périnatalité réalisée par le Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska, avec le support financier de la Régie régionale, confirme la nécessité de se doter d'une telle ressource en vue de compléter l'éventail des services en périnatalité. De plus, il est évident que le projet est une voie intéressante en région pour l'intégration de la pratique des sages-femmes.

La légalisation de la pratique sage-femme, en septembre 1999, suite aux résultats positifs des projets-pilotes, a permis d'élaborer ce projet qui propose d'intégrer la pratique sage-femme aux services de périnatalité déjà offerts dans les CLSC de la région ainsi que l'ouverture d'un lieu alternatif pour les naissances, qu'il conviendra d'appeler le Centre des naissances. Localisé sur la Rive-Sud afin d'améliorer l'accessibilité aux services périnataux pour la population de cette partie de la région tout en desservant aussi la population de la rive nord, ce centre offrira une approche différente de la naissance, répondant ainsi aux attentes des femmes et des familles ainsi qu'aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document identifie d'abord les assises du projet : les besoins des femmes et des couples de la région, les objectifs de la Politique de périnatalité, les résultats de l'évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes, les recommandations ministérielles sur la pratique des sages-femmes, les orientations du Ministère de la santé et des services sociaux suite à la légalisation de la pratique sage-femme.

Les objectifs ainsi que les principes d'organisation qui guident l'ensemble du projet sont ensuite identifiés. Puis le projet est présenté : la description des services de sages-femmes et ceux du Centre des naissances, le déploiement des services de sages-femmes ainsi que l'organisation clinique et administrative.

Enfin, les derniers chapitres sont respectivement consacrés à la démarche d'implantation, au budget de fonctionnement et au processus d'évaluation.

---

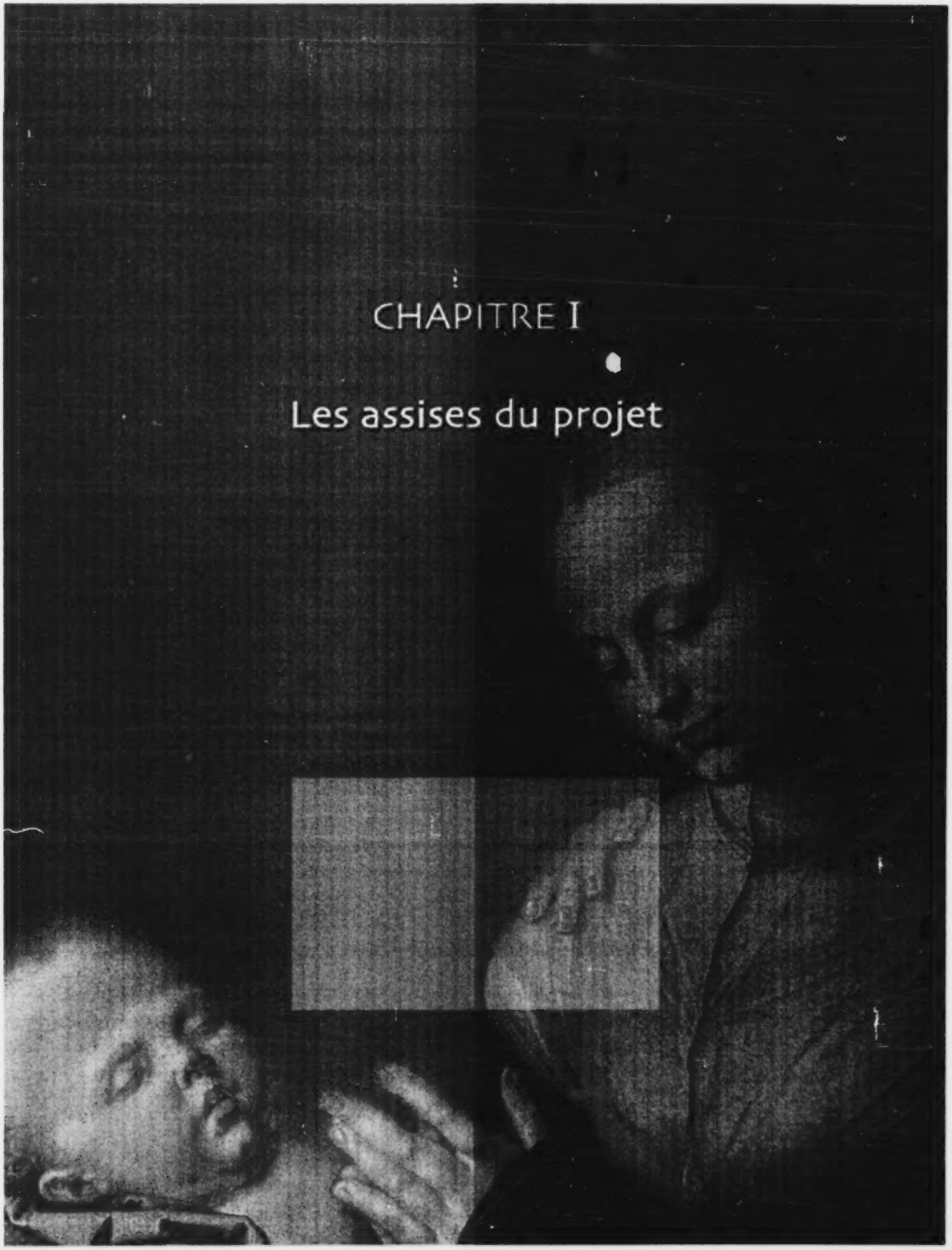
[1] Fournier, Jean. – État de situation. Projet de la Maison des naissances. Région Mauricie et Centre-du-Québec. Septembre 1999.

Historique du projet

Mai 1996	Annonce de la fermeture de l'unité d'obstétrique du Centre hospitalier Christ-Roi de Nicolet
Juillet 1996	Réponse de monsieur Jean Rochon au plan de transformation de la RRSSS, dans laquelle il indique son ouverture à la mise en place d'alternatives pour des accouchements sans anesthésie sur le territoire Nicolet-Yamaska.
Janvier 1997	Naissance du comité consultatif pour l'implantation d'un centre de maternité.
Février 1997	Appui de la RRSSS pour l'implantation d'un Centre des naissances localisé à l'extérieur d'un centre hospitalier ou du site du Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska
Oct 1997 – Oct 1998	Réalisation d'une étude de besoins des femmes et des couples en périnatalité, subventionnée par la RRSSS.
Juin 1999	Adoption de la Loi sur les sages-femmes
Août 1999 – Mars 2000	Travaux intensifs pour l'élaboration du projet par un groupe de travail supporté par le Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska et le CLSC Les blés d'or.
Septembre 1999	Début du programme de baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)
Mars 2000	Dépôt du projet d'intégration de services de sages-femmes à la RRSSS
Juin – décembre 2000	Consultation auprès des divers établissements et organismes régionaux oeuvrant en périnatalité
Janvier – février 2001	Révision du projet
Mars 2001	Adoption du projet par le conseil d'administration de la RRSSS.

CHAPITRE I

Les assises du projet



> « *Le besoin; un écart. (...) Il peut s'agir d'un écart entre une situation réelle et une situation désirée ou encore d'un écart entre une situation réelle et une situation idéale.* »

1.1 Les besoins identifiés par la population

Suite à la transformation de l'offre de services régionale en périnatalité et l'expression des besoins de la communauté, des femmes se sont mobilisées pour travailler à un projet visant la mise sur pied de services de périnatalité différents, complémentaires à ceux déjà existants.

Afin d'élaborer le projet, un comité composé de femmes provenant du réseau de la santé, d'organismes communautaires ou tout simplement préoccupées par cette problématique, a été formé. Il s'est voué principalement à deux tâches. Il a d'abord passé en revue l'ensemble des besoins exprimés par les femmes dans le but de mieux définir leurs préoccupations. Il a ensuite complété cette démarche par la réalisation d'une étude auprès des femmes et des couples de la région afin de valider les orientations qui devaient guider la mise en place de nouveaux services de périnatalité.

Ces démarches ont permis d'identifier trois catégories de besoins: l'accessibilité aux services, l'adoption d'une approche globale de la naissance et la reconnaissance du caractère familial entourant l'événement.

L'accessibilité aux services

La fermeture de l'unité d'obstétrique du Centre hospitalier du Christ-Roi fut un des événements déclencheurs car elle a réduit de façon considérable l'accessibilité aux services de périnatalité pour les femmes et les couples du territoire Nicolet-Yamaska. Les femmes et les familles de ce territoire doivent maintenant se déplacer vers Trois-Rivières pour obtenir ces services. Dans certains cas, la distance à parcourir est considérable, ce qui constitue un problème pour les femmes et les familles ne possédant pas de moyen de transport, la Rive-Sud n'étant pas desservie par un système de transport en commun.

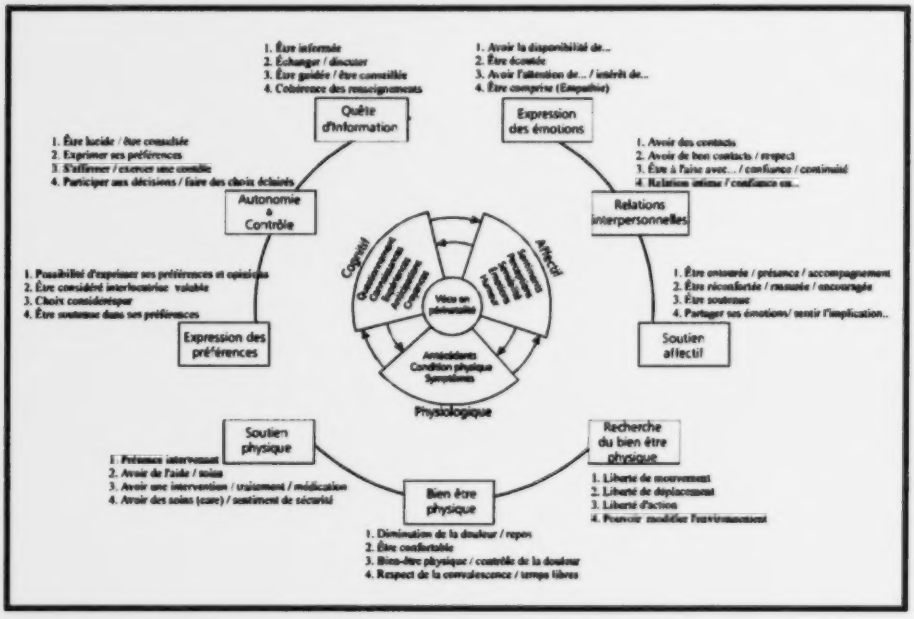
Le développement d'un Centre des naissances à vocation régionale localisé sur la Rive-Sud permet d'améliorer l'accessibilité des services obstétricaux à cette population.

> « *En plus de limiter la mère quant au lieu de l'accouchement, l'absence d'un service localisé sur la Rive-Sud rend le suivi obstétrical plus difficile. En effet, la majorité des médecins généralistes exerçant sur la Rive-Sud ne pratiquent pas d'accouchement à Trois-Rivières ce qui provoque une rupture dans la continuité des services. Les femmes habitant la Rive-Sud*

qui veulent être suivies et accouchées par le même médecin doivent alors se déplacer de six à dix fois pour obtenir le suivi en période prénatale, pernatale et postnatale. [3]

Une approche globale de la naissance

L'étude de besoins a permis d'identifier les différentes attentes exprimées par les femmes ainsi que les besoins qui leur sont associés[3]. La figure suivante illustre ces attentes.



L'étude de besoins a démontré que les femmes de la région ayant vécu l'expérience de la grossesse et de l'accouchement accordent une grande importance à la globalité de l'événement de la naissance. Aux besoins d'ordre strictement physiologique s'ajoutent des besoins d'ordre affectif et cognitif. Parmi les besoins affectifs d'ordre affectif, on retrouve les attentes suivantes : être réconfortée et rassurée, avoir un contact intime avec le bébé tout de suite après l'accouchement, bénéficier d'un soutien affectif aussi bien de la part des proches que de la part du personnel médical, être entourée, pouvoir partager avec quelqu'un ayant le même vécu, etc. Les besoins d'ordre cognitif pour leur part regroupent des attentes telles : être bien informée, être conseillée, faire des choix éclairés, exercer un contrôle sur la situation, etc.

L'étude a fait ressortir l'importance considérable des besoins d'ordre affectif parmi les attentes exprimées par les femmes. Ces besoins sont tout aussi importants que les besoins d'ordre physiologique. En fait, chacun des besoins est important et mérite d'être satisfait.

Les femmes veulent donc vivre leur période périnatale selon une approche globale qui soit chaleureuse et humaine, une approche offrant plus de soutien et permettant un plus grand degré d'implication, ce que les structures du milieu hospitalier peuvent difficilement favoriser.

Un climat familial

Pour les femmes et les couples, l'événement de la naissance est avant tout considéré comme un événement familial. L'étude de besoins a démontré que les femmes ont sensiblement les mêmes attentes envers le personnel médical qu'envers les membres de leur famille. Ainsi expriment-elles les attentes : d'être rassurées, de bénéficier d'un soutien affectif, d'être entourées, d'avoir une relation privilégiée et intime avec leur entourage immédiat, leur famille et aussi avec les intervenants. Sans exiger du personnel médical qu'il se comporte comme des membres de la famille ou de l'entourage, les femmes s'attendent tout de même à un plus grand niveau d'implication et d'intimité de la part de celui-ci. À cet effet, soulignons que la fermeture de l'unité d'obstétrique du Centre hospitalier du Christ-Roi a également eu pour conséquence de priver les femmes d'un service personnalisé qui était très apprécié et qui répondait mieux à leurs attentes vu sa petite taille et son caractère intime.

Le développement de services de sages-femmes basés sur une approche personnalisée et d'un lieu de naissance hors centre hospitalier permettra de répondre aux besoins reliés à l'approche globale et au climat familial.

1.2 Les orientations de la Politique de périnatalité

Dans sa Politique de périnatalité[4], le ministère de la Santé et des Services sociaux identifie une série d'objectifs dont certains s'inscrivent en complémentarité et en continuité avec les besoins déjà évoqués :

- soutenir de façon continue les femmes enceintes, les mères, les pères et les bébés ;
- faciliter l'exercice des responsabilités parentales ;
- réduire l'incidence de l'abus et de la négligence à l'égard des enfants ;
- diminuer les conséquences de la pauvreté sur la santé et le bien-être des femmes enceintes et des familles avec nourrisson ;
- diminuer de 5% le taux des naissances prématurées et à moins de 4% le taux des naissances de poids inférieur à 2 500 grammes ;
- diminuer le taux d'interventions obstétricales, principalement le taux de césarienne et d'épisiotomie.

Il propose cinq voies d'actions prioritaires que le projet régional d'intégration de services de sages-femmes a intégrées.

- assurer un environnement favorable qui reconnaisse la place des enfants et l'importance du rôle des parents ;
- offrir une gamme de services continus, disponibles dans toutes les régions du Québec, et reposant sur des principes de qualité, de continuité, d'accessibilité et d'efficacité ;
- développer des approches novatrices qui contribueront à améliorer l'efficacité et l'efficience des services ainsi que la santé et le bien-être des femmes enceintes et de leur famille ;
- soutenir l'intervention par l'amélioration de la formation de base des intervenantes et leur formation continue ainsi que par la recherche ;
- planifier, organiser et intervenir en concertation avec les instances décisionnelles du milieu.

1.3 Les résultats des projets-pilotes et la légalisation de la pratique sage-femme

Selon le rapport final de l'équipe de recherche à qui a été confiée l'évaluation des projets-pilotes[5], la pratique des sages-femmes, comparativement aux services médicaux courants, est associée à :

- Concernant les interventions obstétricales :
  - une utilisation moins fréquente des technologies médicales en période prénatale et pernatale (échographie, épisiotomie, etc.)
- Concernant la santé de la mère :
  - une réduction considérable de la fréquence de l'accouchement difficile (y compris les césariennes et les forceps);
  - une réduction très importante des déchirures périnéales de 3e et de 4e degré.
- Concernant la santé de l'enfant :
  - une réduction dans la fréquence de l'accouchement préterme de bébés de petit poids;
  - une proportion semblable de bébés avec un score de morbidité élevé;
  - une proportion plus élevée de bébés avec un indice d'Apgar faible à 1 minute et un besoin augmenté de ventilation par sac et masque;

- un taux de mortinaissances qui est élevé par rapport à ce qui est rapporté dans d'autres études, mais qui n'a pu être comparé au taux chez les clientes de médecins appariées parce que les données n'étaient pas disponibles. Le rapport du Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé du Québec[6] a par la suite démontré que ce taux n'était pas significativement différent du taux provincial.

- Concernant l'humanisation et la continuité des soins :
  - un niveau de satisfaction globale aussi élevé chez les clientes;
  - des perceptions de leur part qui sont plus positives à l'égard du suivi prénatal et postnatal;
  - une pratique d'allaitement plus fréquente;
  - des attentes différentes de la part des clientes;

- Concernant l'aspect économique :
  - un coût moyen par suivi périnatal qui est inférieur (mais l'écart est faible);
  - des rapports coût/efficacité avantageux pour les quatre indicateurs d'humanisation et de continuité des soins et pour trois des quatre indicateurs cliniques retenus, soit césarienne, déchirure du périnée de 3e et 4e degré et poids de naissance inférieur à 2500g; le rapport coût/efficacité pour le besoin de ventilation du nouveau-né est à l'avantage du suivi médical.

Ce rapport identifie aussi les facteurs organisationnels, professionnels et sociaux qui favoriseraient l'intégration des sages-femmes au système de périnatalité tout en préservant leur autonomie. Il propose de :

- Arriver à une certaine standardisation de la pratique sage-femme, notamment par l'établissement d'une formation rigoureuse et d'une éthique commune.
- Établir des mécanismes de consultation et de référence qui tracent clairement les limites des responsabilités de chaque corps professionnel :
  - ne pas rigidifier ces mécanismes et procédures, mais leur conserver un caractère souple qui laisse place à l'interaction et à la discussion clinique entre les professionnelles concernées;
  - faire en sorte que les procédures soient définies par la concertation entre les professionnelles, plutôt qu'à partir de règles administratives imposées de l'extérieur.

- S'assurer que les sages-femmes aient un accès immédiat à des ressources spécialisées à toutes les étapes du suivi périnatal :
  - favoriser les interactions et les contacts entre professionnelles pour qu'il y ait établissement d'une confiance mutuelle et d'un véritable travail de collaboration;
  - favoriser une plus grande visibilité des sages-femmes dans le système de périnatalité.
- Utiliser, lorsque c'est possible, les résultats d'études scientifiques rigoureuses pour identifier les soins destinés aux femmes et aux bébés reconnus comme les plus efficaces.

Le Conseil d'évaluation des projets-pilotes a ensuite produit son rapport[7] qui a amené le Ministère de la santé et des services sociaux à recommander la légalisation de la pratique des sages-femmes et leur intégration au système de santé québécois[8].

La pratique sage-femme est légalisée en septembre 1999, par l'adoption de la Loi sur les sages-femmes. En plus de prévoir la constitution d'un ordre professionnel, la loi contient des mesures visant à permettre l'intégration des sages-femmes au réseau de la santé et des services sociaux.

1.4 Les orientations du MSSS pour l'intégration des services sages-femmes selon le nouveau cadre légal

L'objectif de la Loi sur les sages-femmes est d'intégrer les sages-femmes au système de services de santé et des services sociaux en périnatalité en préservant les principales caractéristiques de la pratique des sages-femmes qui sont :

- l'autonomie professionnelle;
- la continuité des soins et des services;
- la conception globale de la santé et de la périnatalité;
- la pratique orientée vers la prévention et la promotion de la santé;
- une plus grande participation des femmes et de leurs conjoints.

L'intégration des sages-femmes doit aussi s'adapter à la nouvelle réalité du réseau de la santé et des services sociaux en misant sur :

- la consolidation des services de première ligne;
- la planification d'un réseau intégré de soins et de services;
- la complémentarité entre les professionnels et les services.

Pour atteindre cet objectif, on doit prévoir le rattachement administratif des sages-femmes aux CLSC et le passage d'un mode maison de naissance à un mode d'organisation des services. L'organisation des services sages-femmes doit respecter ces quelques paramètres :

- Les régies régionales devront identifier les CLSC qui dispenseront des services sages-femmes sur leur territoire en fonction du plan d'organisation des services en périnatalité et des ressources disponibles.
- Les sages-femmes sont maintenant des travailleuses autonomes intégrées aux activités régulières du CLSC et à l'équipe de périnatalité.
- Le CLSC aura à conclure un contrat de services avec les sages-femmes qui offriront des services dans la région, à nommer une responsable des services sages-femmes et, s'il y a lieu, à instituer le conseil des sages-femmes.
- Le CLSC pourra conclure une entente avec un centre hospitalier afin de permettre aux sages-femmes d'y pratiquer des accouchements.

---

1 Rocheleau, Louis. (1999), Texte inédit, chapitre 1, page 2.

2 Rocheleau, Louis. (1999), op. cit., chapitre 1, page 2.

3 Rocheleau, Louis. (1998), Les besoins des femmes et des couples de la région en périnatalité, Nicolet, Complexe SSS N-Y, p.15.

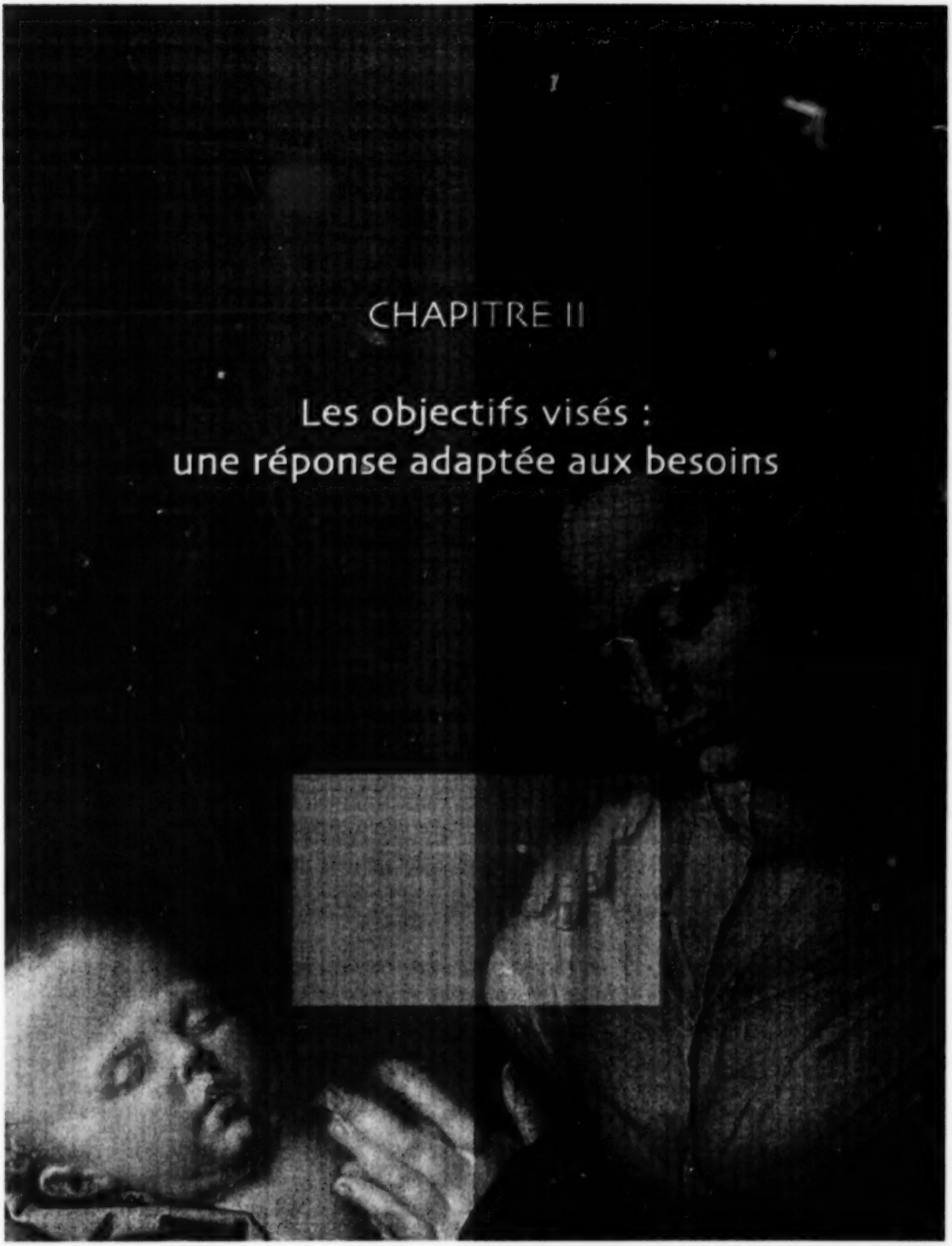
4 MSSS, Politique de périnatalité, (1993), Québec

5 Équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes. Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec, 1997.

6 Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé du Québec. Les mortinaissances dans le cadre des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec, juillet 1999.

7 MSSS. Conseil d'évaluation des projets-pilotes. Projets-pilotes sages-femmes, rapport final et recommandations, 1997.

8 MSSS. Pratique des sages-femmes, recommandations ministérielles, 1998.



CHAPITRE II

Les objectifs visés : une réponse adaptée aux besoins

Les objectifs visés : une réponse adaptée aux besoins

2.1 Les objectifs du projet

Les objectifs du projet sont les suivants :

- offrir des nouveaux services de première ligne en périnatalité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec complémentaires à ceux déjà existants ;
- offrir des services continus centrés sur les besoins des femmes, des couples et des familles en concertation avec les ressources du milieu de la santé et des services sociaux et permettre l'accessibilité de ces services continus en milieu rural ;
- favoriser une approche familiale et globale dans la continuité des soins et du suivi de la préconception jusqu'à six semaines après la naissance de l'enfant ;
- collaborer à l'amélioration de la qualité de vie des enfants par des soins préventifs ainsi que par l'information, l'éducation et le support aux familles, en complémentarité avec les intervenants déjà en place ;
- favoriser l'intégration de la pratique sage-femme dans les établissements ayant une mission CLSC et au sein de leur équipe enfance-famille;
- contribuer au développement de la profession sage-femme en offrant la possibilité de stage clinique dans un lieu alternatif pour les naissances ;
- faire connaître la profession sage-femme à la population ainsi qu'aux intervenants en périnatalité de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Pour rencontrer ces objectifs, le projet fait la promotion d'une nouvelle vision de la périnatalité, d'un milieu humanisé, intime, qui recevra les femmes et les familles en reconnaissant le caractère familial, normal et naturel du phénomène de la naissance. On y favorisera l'expérience humaine, en accordant à la femme un rôle plus actif durant sa grossesse et lors de l'accouchement (choix des positions d'accouchement, possibilité de boire et manger durant le travail, etc.).

Une attention particulière sera apportée à la réduction des interventions obstétricales, car leur utilisation systématique a trop souvent comme conséquence de provoquer une perte d'autonomie pendant le travail et l'accouchement. On misera sur l'information plutôt que sur l'intervention.

> *(...)la personne ou la communauté qui réclame des services de professionnels a aussi une compétence. C'est la connaissance de sa personne, de son corps, de ses goûts, de ses capacités. Ce savoir est aussi*

important que le savoir professionnel car il conditionne l'intégration de l'information donnée par les professionnels.[1]

2.2 Les principes d'organisation

L'intégration de la pratique sage-femme doit s'inscrire dans les orientations de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux et s'assurer de répondre adéquatement aux besoins exprimés par les femmes et les couples de la région, tout en s'harmonisant avec les principes et la philosophie des sages-femmes. L'organisation des services doit donc respecter les principes suivants :

Une réponse adaptée aux besoins des femmes et des couples

- Les personnes sont jugées compétentes, capables de jugements éclairés et d'attitudes responsables face à leur santé. Un des principes de base de la pratique sage-femme est d'accompagner la femme, ce qui implique un échange de perceptions, d'informations et de compétences.
- La prise en charge familiale et communautaire est favorisée pendant la période périnatale afin de permettre à la famille et ses proches de mieux apprécier cette expérience de la vie. Le soutien offert par la famille et les pairs, de même que la participation d'intervenants, de groupes d'entraide, d'organismes communautaires et du réseau de la santé, influencent l'appréciation de l'expérience de l'accouchement. Le retour à la maison le plus rapidement possible aide à préserver le caractère naturel, normal et familial de la naissance.
- La grossesse, l'accouchement et la période postnatale sont conçus comme un processus bio-psycho-socio-spirituel continu et dynamique. Cette conception correspond à celle des femmes de le considérer comme un événement global et unique.

La participation des femmes et des hommes aux orientations des services et aux décisions

Des mécanismes doivent être prévus afin de permettre aux femmes et aux hommes d'influencer l'organisation des services et de s'assurer d'une réponse optimale à leurs besoins.

L'intégration, la continuité et la complémentarité des services

L'intégration des services assure un accès et une complémentarité avec les autres ressources de première ligne (équipe interdisciplinaire enfance-famille du CLSC, médecin traitant, ressources communautaires, etc.). La sage-femme est une intervenante de première ligne et sa pratique s'inscrit dans une approche de promotion-prévention.

La continuité implique que la même sage-femme assure, dans la mesure du possible, le suivi d'une femme du début de la grossesse jusqu'à six semaines après la naissance.

Enfin, la complémentarité des services nécessite une collaboration interprofessionnelle optimale entre les sages-femmes et les autres intervenants en périnatalité, dans le respect de l'autonomie et des champs de pratique de chacun.

La sécurité des femmes et des nouveaux-nés

L'organisation des services doit assurer, d'abord et avant tout, la sécurité des mères et des nouveau-nés, sécurité physique bien évidemment, mais également sécurité psychologique et environnementale. Pour une grossesse normale, durant toute la période périnatale, la continuité des soins assurée par la même sage-femme est un élément essentiel de l'aspect préventif et sécuritaire du suivi. De plus, des ententes pour un transfert rapide de la femme en cas de nécessité doivent être clairement établies avec les partenaires

La décentralisation : le territoire local comme base d'organisation des services

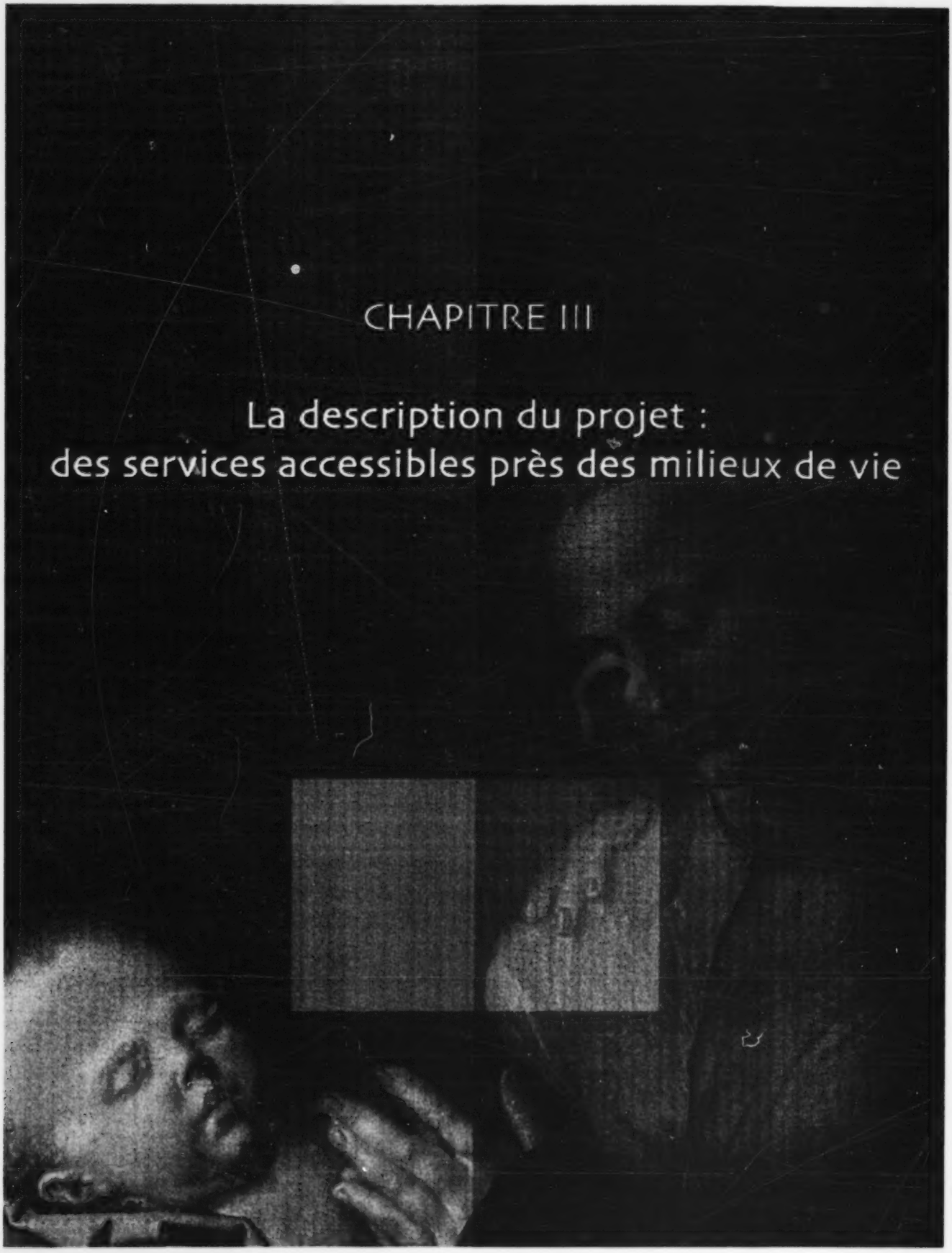
Les services de sages-femmes se déploieront dans différents CLSC, en lien avec les services de périnatalité déjà offerts, afin de favoriser leur intégration à la communauté locale et leur participation, au besoin, à des actions intersectorielles.

---

[1] St-Onge, Micheline, (1986). Étude d'opportunité d'une maternité avec sages-femmes pour l'Outaouais, Hull, CRSSS de l'Outaouais, Direction de la recherche et de la planification.

CHAPITRE III

La description du projet : des services accessibles près des milieux de vie



La description du projet : des services accessibles près des milieux de vie

Un Centre des naissances pour notre région et des services de sages-femmes

Le projet propose la mise en place d'un Centre des naissances où des sages-femmes offrent des services qui s'ajoutent à la gamme des services en périnatalité déjà en place.

Le Centre des naissances se veut un endroit qui se rapproche le plus possible du milieu de vie des femmes et des familles. L'aménagement du centre sera conçu de façon à préserver le caractère familial accordé à l'événement de la naissance et à respecter l'intimité, la sécurité, l'aspect communautaire et l'accessibilité aux familles. On prévoit que 100 accouchements s'y dérouleront la première année, 150 accouchements la deuxième année et 175 accouchements la troisième année.

3.1 La description des services

Ces nouveaux services de sages-femmes de première ligne, axés sur la promotion et la prévention, concernent le processus normal de la grossesse et comprennent l'ensemble des services requis tout au long de son déroulement. Ils débutent avec la grossesse et vont jusqu'à six semaines après la naissance pour le suivi du nouveau-né et de sa mère. Les services sages-femmes s'adressent aux femmes et aux couples qui en font le choix et, bien entendu, aux femmes qui vivent une grossesse normale ou dite à bas risque[1].

Le projet favorise par ailleurs le suivi des femmes à risque psychosocial, soit des femmes socialement défavorisées ou vivant des situations telles la violence conjugale, la monoparentalité, l'isolement social et le faible revenu. L'approche préconisée par la pratique sage-femme et l'étroite collaboration avec les ressources du milieu[2] contribueront à la continuité et à l'intensité du suivi de cette clientèle plus vulnérable. Il faut insister sur la nécessaire concertation entre les différentes intervenantes pour le suivi de ces femmes et leur famille. Ces femmes requièrent au besoin un suivi plus étroit et intensif de la part des sages-femmes et des autres professionnelles impliquées.

La spécificité de la pratique sage-femme permet une approche globale et complète, centrée sur la famille, sur la reconnaissance des compétences personnelles des femmes et sur un accompagnement continu et individualisé. Cette approche caractérisée par le soutien, le souci d'informer et de conseiller se reflète à travers tous les services offerts et se veut un élément positif dans le renforcement des compétences parentales.

Voici l'ensemble des services offerts :

Services prénataux

- rencontres prénatales de groupe (2 à 3 rencontres supplémentaires à celles déjà offertes sur chacun des territoires de CLSC) ;
- suivi prénatal individuel :
  - approche personnalisée ;
  - bilan de santé (physique et psychosocial) ;
  - prélèvements pour analyse ;
  - prescription d'examens, au besoin ;
  - consultation ou référence à d'autres professionnelles ou ressources.

Les services offerts en période prénatale sont les rencontres prénatales de groupe et les rencontres prénatales individuelles (suivi de la grossesse). Dans le but de faciliter l'accessibilité aux rencontres prénatales de groupe dans les différents territoires d'où proviennent les femmes, celles-ci sont invitées à participer aux rencontres offertes sur leur territoire respectif par les CLSC et organismes communautaires. En complément, le Centre des naissances offre deux à trois rencontres supplémentaires. Ces rencontres personnalisées visent à informer et sensibiliser les futurs parents en les accompagnant dans l'acquisition de connaissances et d'habiletés favorables au bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement au Centre des naissances ainsi qu'au renforcement des compétences parentales.

Quant aux rencontres prénatales individuelles , elles ont pour but de favoriser un état de santé physique et psychologique optimal de la femme et de l'enfant qu'elle porte. Ces rencontres sont en moyenne au nombre de onze. La durée moyenne d'une rencontre individuelle est de 60 minutes et s'adresse à la femme accompagnée de son conjoint ou d'une personne significative.

Tout au long de la grossesse, les parents sont amenés à se questionner et à s'impliquer activement de façon à favoriser une prise de décisions éclairée, que ce soit en période pré, per ou postnatale.

***Services pernataux** (le travail et l'accouchement)*

- accompagnement par une même sage-femme durant tout le travail et accouchement au Centre des naissances ou dans un centre hospitalier[3] ;

- recours à des méthodes non-médicamenteuses variées pour le soulagement de la douleur ;
- choix de la position pour accoucher ;
- soutien psychologique ;
- présence de personnes significatives;
- référence ou transfert aux services médicaux, au besoin.

Les services offerts lors du travail et de l'accouchement au Centre des naissances sont assurés, dans la majorité des cas, par la sage-femme qui a fait le suivi. L'accompagnement se fait dès le début du travail. Au moment de l'accouchement, une 2e sage-femme et une assistante natale viennent se joindre à elle.

Si des interventions de stabilisation de l'état physique de la mère ou du nouveau-né sont nécessaires, les sages-femmes procèdent à ces interventions et s'assurent, au besoin, du transfert aux services spécialisés du centre hospitalier receveur.

Services postnataux

- suivi et surveillance du nouveau-né et de sa mère jusqu'à six semaines après l'accouchement ;
- séjour au Centre des naissances de 3 à 24 heures
- cohabitation (mère-enfant-famille) ;
- soutien à l'allaitement ;
- conseil pour les soins et l'alimentation du nouveau-né ;
- visites à domicile par la sage-femme ;
- présence continue de l'assistante natale au Centre des naissances ;
- arrimage avec les services offerts dans le cadre du programme Enfance-famille-jeunesse et par les organismes communautaires ;
- consultation ou référence à d'autres professionnelles ou ressources.

Les services postnataux permettent normalement un congé au plus tard 24 heures après l'accouchement. Afin d'assurer la sécurité physique et le bien-être de la mère et du nouveau-né, trois visites sont effectuées dans des délais de 24, 48 et 72 heures à domicile ou au Centre des naissances. Outre les soins physiques, le soutien à l'allaitement et à l'apprentissage des soins au nouveau-né, les visites permettront de soutenir la famille pour l'intégration à la

vie parentale. Par la suite, deux autres visites à domicile seront offertes par la sage-femme ou, au besoin, par l'assitante natale. Selon le lieu de résidence de la femme et les particularités du milieu, divers services postnataux du CLSC pourront être offerts en complémentarité aux services de sages-femmes.

Services communautaires

- lieu d'échanges et de rencontres pour les familles ;
- arrimage avec les ressources communautaires.

L'objectif des services communautaires est d'offrir aux familles un lieu d'échanges et de rencontres. Le développement de ces services est en lien avec les besoins des familles. Ces services peuvent se traduire par des activités communautaires organisées par et pour les familles, telles des ateliers sur différents thèmes, des repas familiaux, des groupes d'échanges[4], etc. La collaboration et la concertation avec le réseau communautaire est préconisée de façon à offrir aux familles des services complémentaires à ceux déjà offerts.

Activités de promotion et d'éducation

- soirées d'information (portes ouvertes) ;
- rencontres thématiques (conférences, etc.) ;
- rencontres postnatales de groupe ;
- centre de documentation (livres, matériel audio et vidéo, dépliants, journaux, études, etc.).

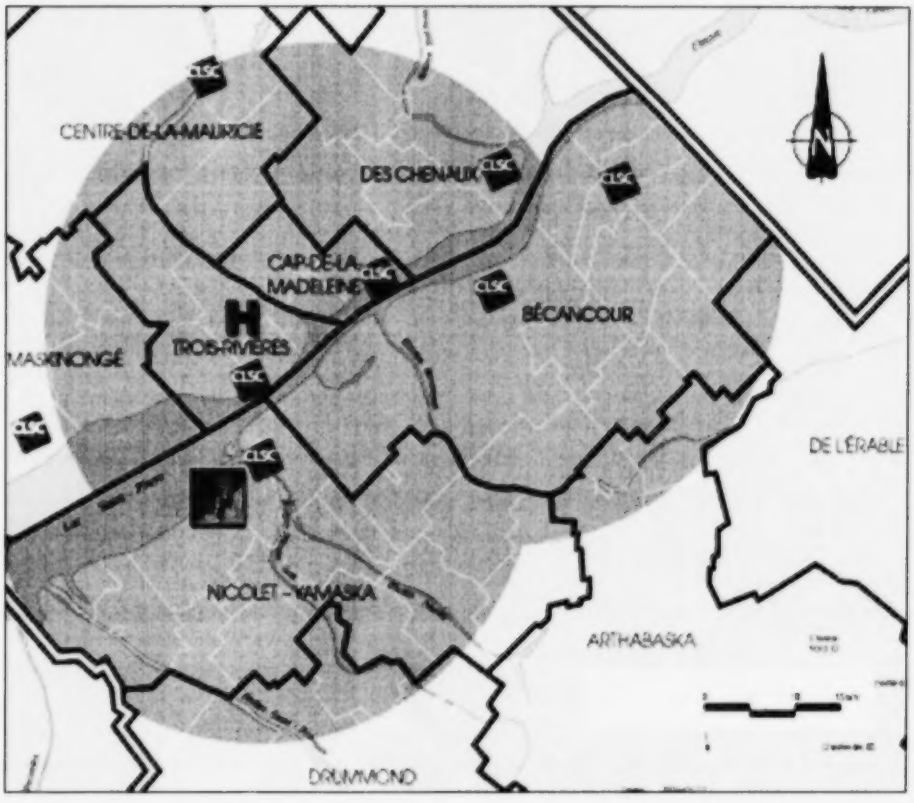
Les activités de promotion visent à bien informer la population sur la pratique des sages-femmes et à mieux faire connaître les services offerts par le Centre des naissances. D'autre part, durant les différentes étapes du vécu périnatal, les couples sont amenés à s'informer, à consulter et à échanger pour être mieux habiletés à faire des choix éclairés.

3.2 Le déploiement des services de sages-femmes

Afin d'offrir des services au plus grand nombre de femmes le plus près de leur milieu de vie, les sages-femmes offriront des consultations pré et postnatales dans quatre territoires de CLSC : Les blés d'or, Les Forges, Cloutier-Du Rivage et Nicolet-Yamaska (voir le bassin de desserte des services de sages-femmes à la page suivante). Ce territoire de desserte implique des distances raisonnables pour les déplacements des sages-femmes; il répond au critère relatif aux distances selon lequel la distance maximale entre le Centre des naissances et le domicile de la mère doit être de 60 km, et entre le point de service du CLSC et le

domicile de la mère, de 30 km. Il sera éventuellement possible d'élargir la desserte régionale par le recrutement de nouvelles sages-femmes pour l'an 2003[5].

Les sages-femmes auront une préoccupation de développer des liens fonctionnels avec les équipes enfance-famille des CLSC receveurs et les équipes de médecins de famille. Ces liens permettront de sensibiliser davantage les intervenants et la population à l'approche sage-femme en plus d'offrir un meilleur accompagnement aux familles ciblées.



Bassin de desserte des services de sages-femmes

3.3 La localisation du Centre des naissances

Trois scénarios ont été examinés pour le choix de l'emplacement du centre : Nicolet, St-Grégoire et St-Célestin. St-Célestin fut éliminé dès le début en raison du délai trop long pour l'arrivée de l'ambulance lors d'un transfert. Le scénario de Nicolet a été préféré à celui de St-Grégoire, car il offrait de nombreux avantages.

Voici les critères qui ont amené à faire ce choix :

- être situé sur la Rive-Sud afin d'améliorer l'accessibilité au niveau local ;
- être situé dans une zone centrale par rapport à l'ensemble de la région ;

- être situé dans une zone permettant un transfert d'urgence au CHRTR à l'intérieur d'un délai de 30 minutes (voir l'Annexe 4 – Le transport ambulancier) ;
- tenir compte de différentes opportunités (présence du programme Enfance-famille-jeunesse, proximité de certains services publics, présence d'organismes communautaires, etc.) ;
- diminution des coûts d'aménagement et d'immobilisation à long terme.
- diminution des coûts pour les services offerts par le Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska : services diagnostiques, administratifs, auxiliaires (buanderie, caféteria, entretien sanitaire, etc.).

3.4 Les membres de l'équipe du Centre des naissances

« La préoccupation majeure pour la famille et les intervenants demeure que l'accouchement se déroule dans un milieu humanisé où la qualité des soins et la sécurité de la mère et du nouveau-né seront assurées grâce à du personnel qualifié et à une organisation de services qui donne accès à de l'équipement spécialisé en cas de besoin. »

L'équipe du Centre des naissances est composée de :

- une coordonnatrice ;
- une responsable des services de sages-femmes ;
- quatre sages-femmes (dont la responsable des services de sages-femmes) ;
- quatre assistantes natales ;
- une secrétaire administrative.

Voici la description du rôle et des responsabilités de ces personnes :

La coordonnatrice du Centre des naissances

La coordonnatrice du Centre des naissances relève de la directrice des programmes Enfance-famille-jeunesse et Promotion-prévention (adultes) du Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska. Elle assume l'administration et la coordination du Centre des naissances. Ses fonctions sont :

- assurer les responsabilités administratives et formatives reliées à la planification, l'organisation, la coordination, la distribution, la promotion et l'évaluation des activités du Centre des naissances ;
- offrir un support constant et direct au personnel du Centre des naissances (sages-femmes, assistantes natales et secrétaire-réceptionniste) ;

- assurer les liens avec les différentes équipes du programme Enfance-famille-jeunesse des CLSC ;
- représenter le Centre des naissances sur différents comités locaux, régionaux et provinciaux ;
- coordonner les travaux du comité aviseur au Centre des naissances et assurer le lien du comité avec le conseil des sages-femmes.

La responsable des services de sages-femmes

Le Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska nomme une responsable des services de sages-femmes. Cette responsable relèvera directement du directeur général du Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska. Ses fonctions sont :

- surveiller et contrôler la qualité des actes posés par les sages-femmes ;
- élaborer des règles de soins ;
- assurer la coordination et la distribution appropriées des services cliniques par les sages-femmes ;
- assurer les liens avec les différentes équipes Enfance-famille des CLSC et les autres partenaires ;
- participer au développement des services sages-femmes au niveau local, régional et provincial.

Pour assumer ces fonctions, la responsable des sages-femmes sera libérée à demi-temps (possiblement davantage la première année) de sa pratique auprès de la clientèle.

Les sages-femmes

Les sages-femmes signent des contrats de services avec le Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska. Celles-ci sont sous l'autorité clinique de la responsable des services de sages-femmes et sous l'autorité administrative de la coordonnatrice du Centre des naissances. Voici leurs fonctions :

- assumer la responsabilité des suivis en pré, per et postnatal des femmes;
- assurer le suivi bio-psycho-socio-spirituel des femmes;
- offrir des soins selon les besoins spécifiques des femmes;
- participer aux activités de promotion et d'éducation.

Bien qu'elle soit rattachée administrativement au Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska, l'équipe de sages-femmes est mobile et déploie ses services dans chacun des points de services des CLSC des territoires mentionnés précédemment.

Les assistantes natales

Elles relèvent de la coordonnatrice du Centre des naissances. Au cours de la période de travail, de l'accouchement et du postnatal, elles travaillent sous l'autorité de la sage-femme responsable de l'accouchement.

Les assistantes natales apportent une contribution importante pour le bon fonctionnement du Centre des naissances. Elles accompagnent les femmes et les familles pendant leur séjour au Centre des naissances, notamment pendant l'accouchement et les première heures du postnatal, selon les besoins et les désirs des parents (support à la mère, à la famille, repas, etc.)[7].

Les assistantes natales doivent répondre à des exigences de garde et de quarts de travail. Nous prévoyons l'embauche de quatre assistantes natales dont l'horaire sera déterminée afin d'assurer la stabilité et la continuité de l'équipe. Les assistantes natales auront pour fonctions de :

- apporter un soutien d'appoint à l'équipe des sages-femmes ;
- accompagner la mère et la famille dans le processus d'intégration postnatale ;
- aider, lorsque le besoin le requiert, à l'intégration de la mère et du nouveau-né à domicile ;
- collaborer au bon fonctionnement des activités du Centre des naissances.

La secrétaire administrative

La secrétaire administrative travaille sous l'autorité de la coordonnatrice du Centre des naissances. Ses fonctions sont les suivantes :

- réaliser des activités reliées à l'élaboration et au fonctionnement des services d'accueil, du secrétariat et des services communautaires ;
- travailler en collaboration avec la coordonnatrice pour tout ce qui concerne les communications ainsi que la représentation du Centre des naissances auprès de la communauté et des partenaires.

3.5 L'organisation administrative

En plus de leurs fonctions respectives, la responsable des sages-femmes et la coordonnatrice du Centre des naissances ont pour mission de s'assurer d'une vision commune et cohérente dans le développement et la dispensation des services.

Le conseil des sages-femmes

Afin de préserver l'autonomie professionnelle des sages-femmes lors de leur intégration au Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska, il est prévu de former un conseil des sages-femmes tel que préconisé par la Loi des sages-femmes.[8] Sous l'autorité du conseil d'administration du Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska, le conseil sages-femmes est responsable envers le conseil d'administration de :

- contrôler et apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement;
- faire des recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par les sages-femmes.

Le comité aviseur au Centre des naissances

Afin de doter le Centre des naissances d'un mécanisme favorisant un engagement important de la communauté, il est prévu la mise sur pied d'un comité aviseur ayant pour principal mandat de maintenir un lien étroit avec la communauté et les besoins des femmes.

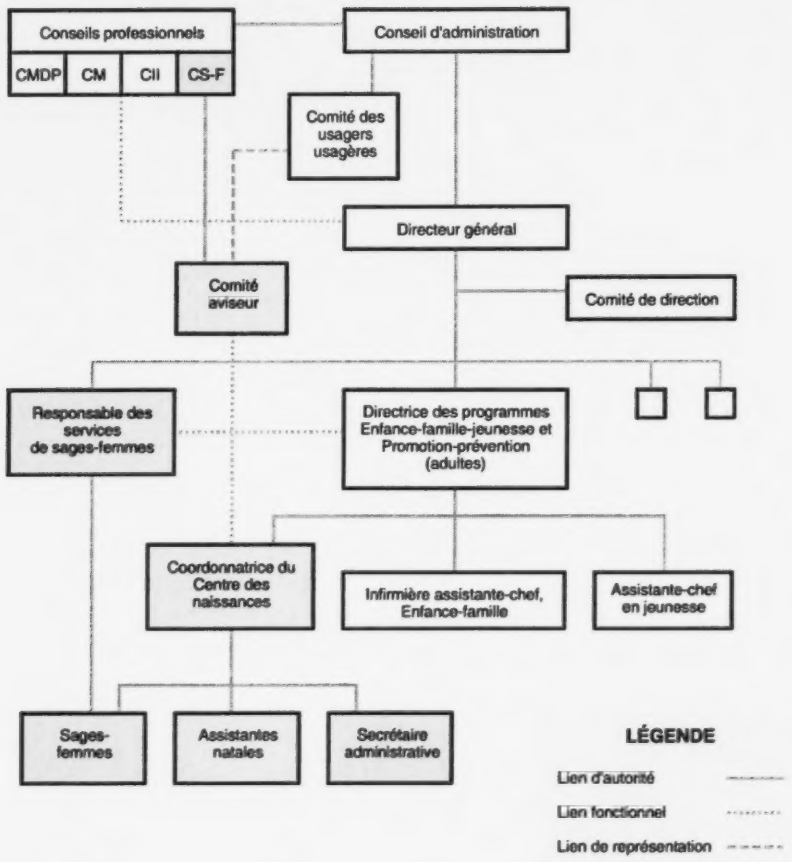
Ce comité est composé suite à des invitations auprès de femmes (dont certaines ont reçu déjà des services de sages-femmes), de personnes très engagées dans la communauté et d'intervenants en périnatalité du réseau de la santé et d'organismes communautaires.

Son rôle est de :

- assurer la préservation de la philosophie sage-femme au Centre des naissances ;
- exercer un rôle-conseil et faire des recommandations sur l'organisation des services;
- assister la coordonnatrice dans la représentation du Centre des naissances auprès de la communauté et des partenaires.

Le comité aviseur relève du conseil des sages-femmes. Il délègue un membre pour siéger au comité des usagers-usagères du Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska.

Vous trouverez à la page suivante l'organigramme représentant cette nouvelle structure administrative.



L'organigramme du Centre des naissances et des services sages-femmes intégrés au Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska

3.6 Les ententes et les collaborations

La direction générale et la directrice des programmes Enfance-famille-jeunesse et Promotion-prévention (adultes) du Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska, en collaboration avec la responsable des services de sages-femmes et la coordonnatrice du Centre des naissances, devront développer des ententes, des protocoles et des collaborationsavec les différents acteurs concernés, notamment avec le monde médical. Voici les principales ententes qui devraient être définies :

- avec le centre hospitalier receveur, principalement avec le département de gynécologie-obstétrique;

- avec les CLSC collaborateurs où les sages-femmes offrent des services;
- avec les gynécologues, les médecins omnipraticiens oeuvrant en obstétrique et les pédiatres ;
- avec les entreprises ambulancières;
- avec le service de pharmacie du Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska ;
- avec les services diagnostiques (radiologie, laboratoire, etc) des CLSC et centres hospitaliers concernés ;
- avec les services techniques (entretien sanitaire, buanderie, alimentation, etc.) du Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska.

Le cadre de référence sur l'intégration de la pratique des sages-femmes dans le réseau de la santé et des services sociaux précise par ailleurs : «Il sera également important que les établissements d'une même région ou sous-région travaillent en partenariat puisqu'ils pourraient être appelés à utiliser une même maison de naissance ou un même centre hospitalier. On devrait donc en arriver à développer une entente cadre par région ou sous-région.»[9]

---

1 L'article 6 de la Loi sur les sages femmes définit le champ de pratique des sages femmes. *Voir l'Annexe* 3.

2 Les groupes communautaires et les équipes enfance-famille des CLSC sont déjà impliqués auprès de ces familles par différents programmes tels OLO et Naître égaux et grandir en santé.

3 Actuellement, les maisons des naissances en lien avec un CLSC ou centre de santé sont désignées pour les accouchements par les sages-femmes. La Loi sur les sages-femmes a un règlement qui prévoit l'accouchement à domicile; ce règlement doit être élaboré et adopté avant de permettre aux sages-femmes d'accompagner les femmes à domicile.

4 Comité provincial des maisons de naissance. (Octobre 2000), Cadre de référence. Les maisons de naissances au Québec, Sherbrooke, p. 22.

5 16 étudiantes sont inscrites au programme de baccalauréat en pratique sage-femme offert par l'Université du Québec à Trois-Rivières depuis septembre 1999 et devraient terminer leur formation en avril 2003.

6 St-Onge, Micheline, (1986), op. cit., page 142.

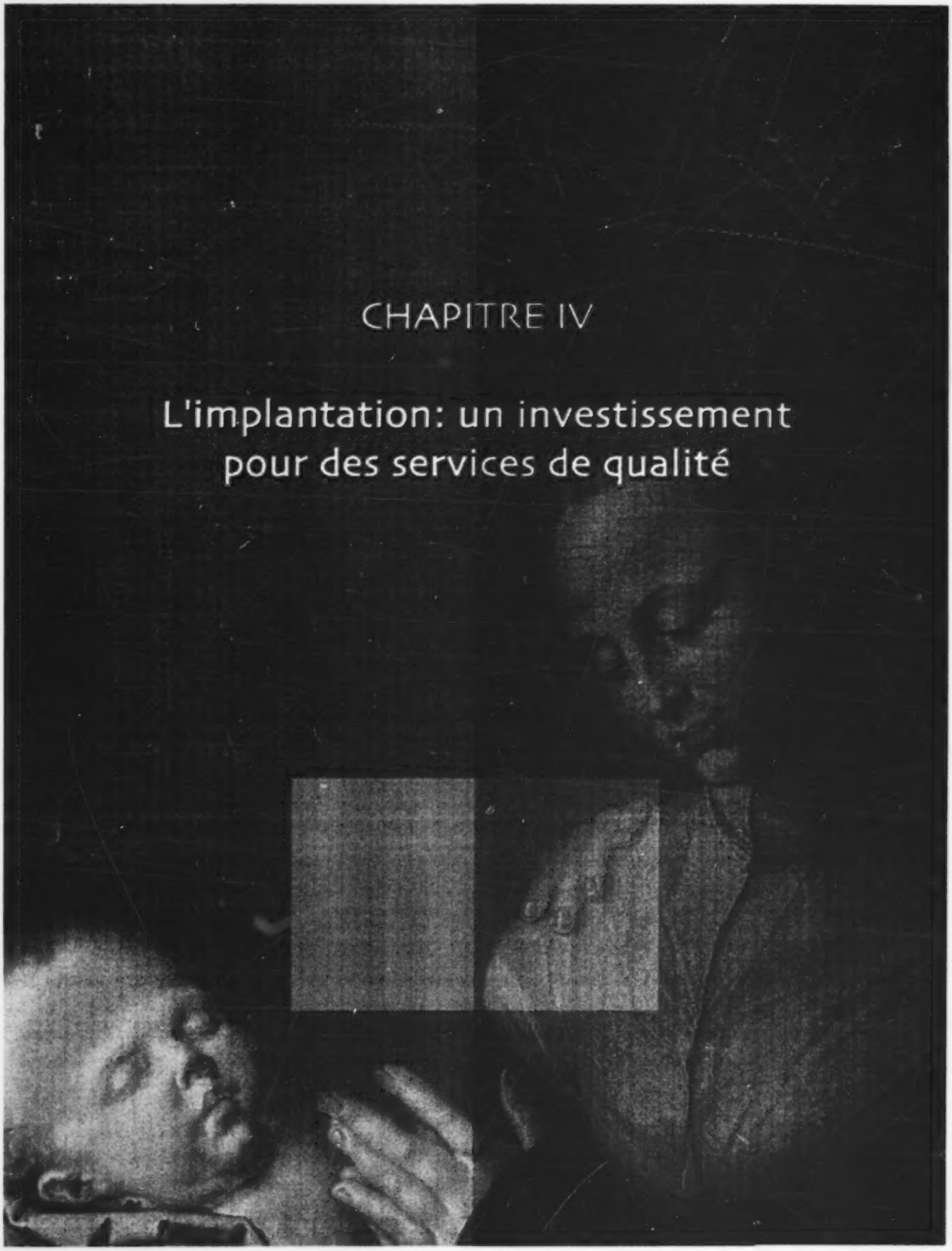
7 Comité provincial des maisons de naissance. (Octobre 2000), Cadre de référence. Les maisons de naissances au Québec, Sherbrooke, p. 23.

8 La loi prévoit qu'un conseil des sages-femmes doit être constitué lorsqu'il y a présence de 5 sages-femmes ou plus. Bien que nous ne prévoyons l'embauche que de quatre sages-femmes lors des deux premières années, nous croyons que ce conseil doit être mis en place afin de préserver leur autonomie professionnelle.

9 Association des CLSC et des CHSLD du Québec,Cadre de référence sur l'intégration de la pratique des sages-femmes dans le réseau de la santé et des services sociaux, p.30.

CHAPITRE IV

L'implantation: un investissement pour des services de qualité



L'implantation : un investissement pour des services de qualité

4.1 Le calendrier d'implantation

Voici les principales étapes devant mener à l'implantation d'un Centre des naissances en avril 2002 :

OBJECTIFS	ACTIVITÉS	PERSONNES IMPLIQUÉES	ÉCHÉANCIER
Procéder à l'embauche de la coordonnatrice du Centre des naissances, de la responsable sage-femme (RSF) et de la secrétaire administrative.	•Former un comité de sélection •Réaliser les entrevues	•Complexe SSS N-Y (directeur général, directrice du programme enfance-famille, dir.dév.org. et communications) •CLSC collaborateurs. •Comité aviseur	Avril 2001
Promotion du projet	•Conférence de presse •Soirée d'information •Porte ouverte •Publicité •Programmation en lien avec les services enfance-famille déjà offerts •Etc.	•Coordonnatrice du Centre des naissances •Comité aviseur •Directrice du programme enfance-famille.	Avril 2001 et continu
Élaborer et négocier des corridors de service	•Élaboration, négociation et signature des ententes, par exemple corridors de services vers les centres hospitaliers.	•Complexe SSS N-Y (directeur général, directrice du programme enfance-famille-jeunesse, coordonnatrice du Centre des naissances, dir. dév. org. et communications, direction des services administratifs) •CLSC collaborateurs •Régie régionale	Avril 2001 et continu

OBJECTIFS	ACTIVITÉS	PERSONNES IMPLIQUÉES	ÉCHÉANCIER
Actualiser les différentes phases de l'implantation du Centre des naissances au Complexe SSS N-Y	•Phase étude (4 mois) : •Appel d'offres •Comité de sélection •Choix des professionnels •Signature des contrats •Conception des plans	•Complexe SSS N-Y (directeur général, directrice du programme enfance-famille, coordonnatrice du Centre des naissances) •Régie régionale •Professionnels impliqués	Mai – Août 2001
	Phase construction (8 mois) : •Appel d'offres •Comité de sélection •Choix des professionnels •Signature des contrats •Embauche des contractuels •Préparation des commandes •Construction •Achat de l'ameublement et des équipements.	•Complexe SSS N-Y (directeur général, directrice du programme enfance-famille, coordonnatrice du Centre des naissances) •Régie régionale •Professionnels impliqués	Sept. 2001 – Avril 2002
Organiser le déploiement des services dans les CLSC collaborateurs	•Procéder à l'embauche des sages-femmes •Conclure les ententes •Concevoir le fonctionnement, les horaires •Intégrer les sages-femmes dans leur territoire respectif •Début des suivis de grossesse	•Complexe SSS N-Y (directeur général, directrice du programme enfance-famille-jeunesse, coordonnatrice du Centre des naissances, dir.dév.org. et communications) •CLSC collaborateurs •Responsable des sages-femmes •Comité aviseur	Septembre 2001 Octobre 2001
Élaborer les politiques et les procédures de l'organisation des services sages-femmes au Centre des naissances	•Élaboration des procédures de soins	•Responsable des sages-femmes •Coordonnatrice du Centre des naissances •Sages-femmes	2001 et continu
Procéder à l'embauche des assistantes natales	•Former des comités de sélection •Réaliser les entrevues	•Complexe SSS N-Y (directeur général, directrice du programme enfance-famille-jeunesse, coordonnatrice du Centre de naissances, responsable sages-femmes, dir. dév. org.et communications) •CLSC collaborateurs	Février 2002
Ouverture prévue du Centre des naissances en avril 2002.			

4.2 Les coûts d'implantation

L'évaluation des espaces nécessaires

Les coûts d'implantation tiennent compte de la localisation du Centre des naissances à proximité du Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska, mais à l'extérieur de ses murs. Voici l'estimation des coûts engendrés par la construction et l'aménagement des locaux, selon l'évaluation des espaces nécessaires. Afin de préserver les principes de base d'un Centre des naissances qui sont : l'intimité, la continuité, l'aspect communautaire et l'accessibilité aux familles, les locaux dédiés au Centre des naissances seront distincts de ceux dédiés au programme Enfance-famille-jeunesse.

Les immobilisations

- accueil et salle d'attente 16,0m²
- secrétariat 16,0m²
- salles de consultation (2) 30,0m²
- bureau de la coordonnatrice 15,0m²
- salle de jeux (enfants + famille) 20,0m²
- salle de documentation et de rencontre 30,0m²
- salle de repos ou vivoir familial 15,0m²
- cuisine 20,0m²
- chambre de naissances (4) 100,0m²
- salle de bain commune 15,0m²
- utilités propres 10,0m²
- utilités souillées 10,0m²
- entreposage général 10,0m²
- local pour le personnel 15,0m²
- local pour les stagiaires 15,0m²
- local pour les assistantes natales 15,0m²
- local communautaire 20,0m²

Total de la superficie 372,0m²

À cette superficie, on doit ajouter 74,4m² correspondant à des facteurs de contingence inhérents (corridors, salle de toilette, salles de réunion) : 372,0m² X 20% = 74,4m².

Espace total requis : 446,4m²

Coût des immobilisations[1] : 446,4m² X 1100 $ / m² = **491 040 $**

Les équipements

DESCRIPTION	COÛTS ESTIMÉS
Informatique	8 000 $
Mobilier et accessoires	50 000 $
Appareils ménagers	5 000 $
Matériel pédagogique	4 000 $
Équipements médicaux[2]	30 000 $
Total	97 000 $

Les salaires pour la période d'implantation

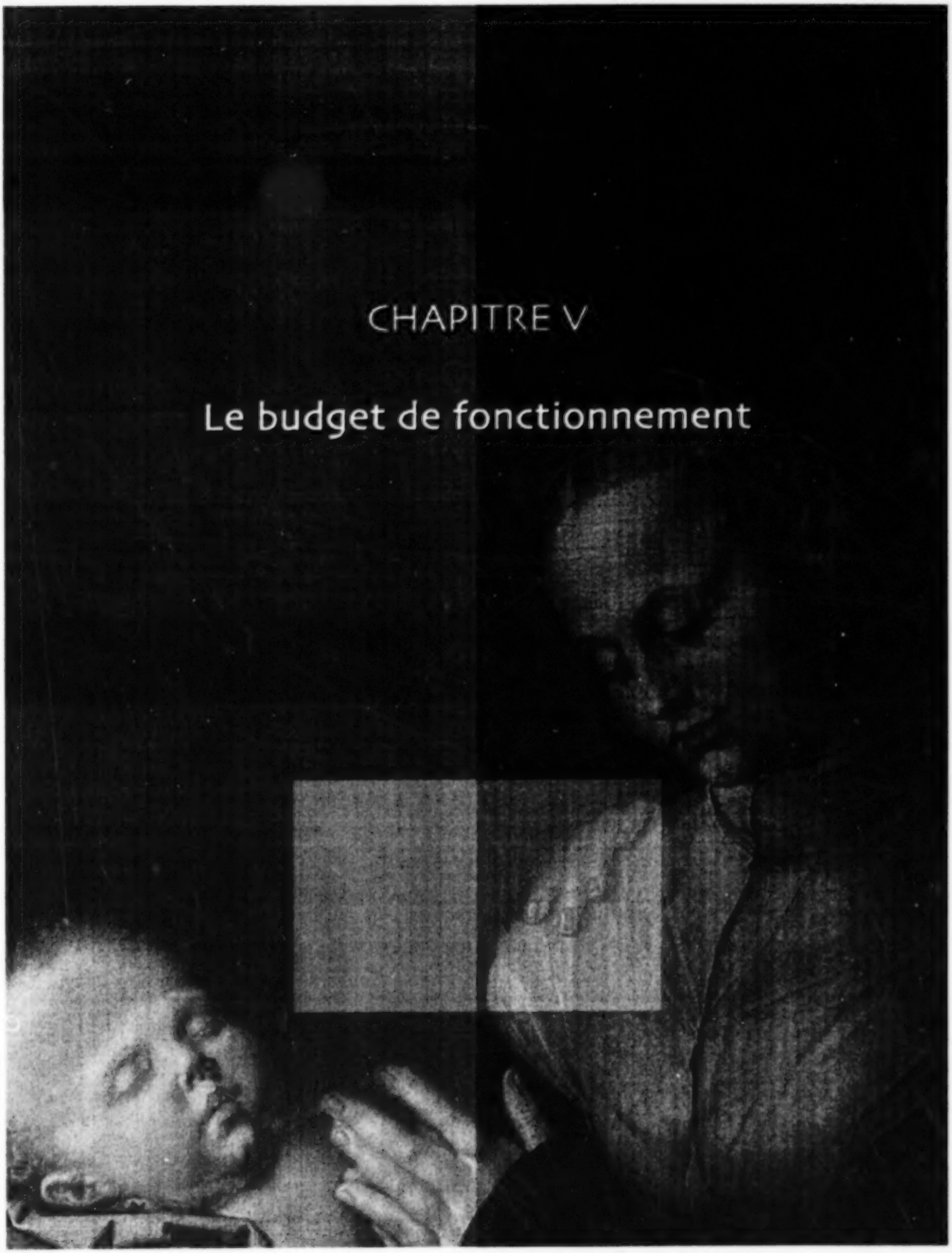
TITRE D'EMPLOI/ POSTE (INCLUANT LES BÉNÉFICES ET CHARGES SOCIALES)	COÛTS ESTIMÉS
Coordonnatrice (1 an)	59 679 $
Responsable sage-femme (1 an)	66 651 $
3 sages-femmes (6 mois)	90 888 $
Secrétaire-réceptionniste (2 jrs/sem. pour 6 mois)	7 000 $
Secrétaire-réceptionniste (5 jrs/sem. pour 6 mois)	17 500 $
Total	241 039 $

Le coût total d'implantation

DESCRIPTION	COÛTS ESTIMÉS
Aménagement des locaux	491 040 $
Équipements / mobiliers	97 000 $
Salaires	241 039 $
Total	829 079 $

1 En conformité avec les normes gouvernementales.

2 À noter que le CHRTR possède un incubateur de transport, mais que celui-ci est désuet. L'achat d'un tel équipement est d'environ 110,000 $. Dans le but d'assurer les transferts sécuritaires des nouveau-nés à un centre spécialisé, nous recommandons l'acquisition d'un incubateur de transport.



CHAPITRE V

Le budget de fonctionnement

Le budget de fonctionnement

5.1 Le coût

Les salaires

TITRE D'EMPLOI OU POSTE	COÛTS ESTIMÉS (INCLUANT LES BÉNÉFICES SOCIAUX)
Coordonnatrice	59 679 $
Responsable sage-femme	66 651 $
Sage-femme (3)	60 592 $ X 3 = 181 776 $
Assistante natale (30 hres/semaine) (4)	29 300 $ X 4 = 117,200 $
Secrétaire-administrative (35 hres/semaine)	35 000 $
Total des salaires	460 306 $

Les frais de déplacement

Les frais de déplacement pour l'ensemble du personnel sont estimés à 20 000$, considérant le vaste territoire à desservir (quatre territoires de CLSC) et son caractère rural engendrant de plus grandes distances à parcourir.

À titre comparatif, le Centre de maternité de l'Estrie a des frais de déplacement de 12 000 $. Ce montant est basé sur l'équipe actuelle équivalant à cinq sages-femmes à temps complet Les assistantes natales ont également des frais lorsqu'elles se rendent à domicile. Ces frais incluent également les déplacements de la coordonnatrice et de la responsable des services sages-femmes.

Les autres dépenses de fonctionnement

DESCRIPTION	COÛTS ESTIMÉS
Fournitures médicales	9 500 $
Équipements	2 000 $
Fourniture de bureau	1 500 $
Formation en cours d'emploi	4 000 $
Loyer	COMPLEXE SSS N-Y
Dépenses informatiques	600 $
Achat de services	1 500 $
Téléphone et messagerie	9 500 $
Frais de transport	1 500 $
Assurance professionnelle	12 000 $
Publicité	3 000 $
Abonnement, livres...	1 000 $
Photocopie et impression	COMPLEXE SSS N-Y
Immobilisation (mobilier et gros équipements)	2 000 $
Total des dépenses récurrentes	48 150 $

Les frais pour les services techniques

Les frais occasionnés par l'entretien des locaux calculés pour un total de 175 jours-présences à 67,31 $[1] par jour-présence, sont évalués à un coût total de 11 785 $.

DESCRIPTION	COÛTS ESTIMÉS
Services techniques	11 785 $
Total	11 785 $

Les coûts totaux

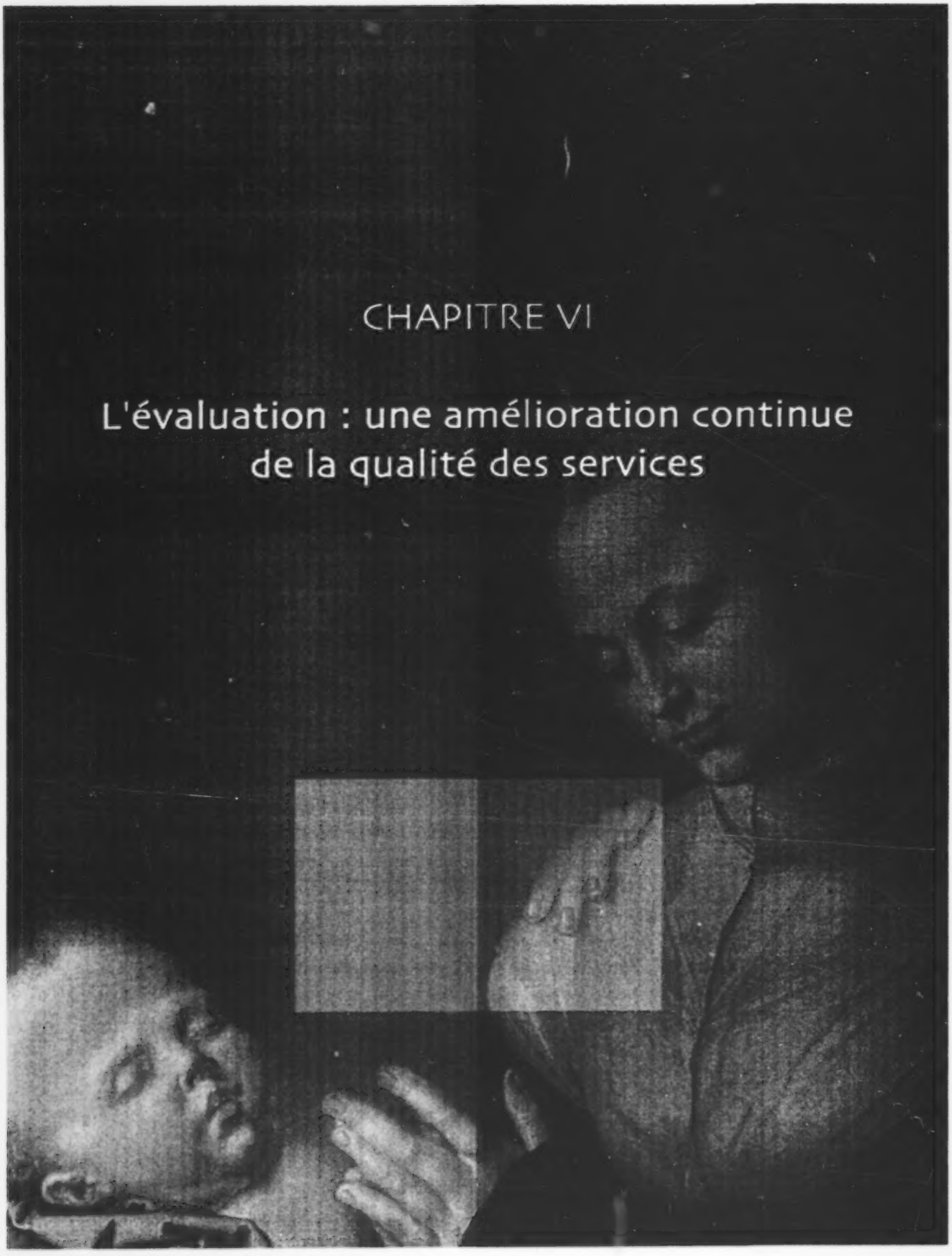
DESCRIPTION	COÛTS ESTIMÉS
Les salaires	460 306 $
Les frais de déplacement	20 000 $
Les autres dépenses	48 150 $
Les frais pour les services techniques	11 785 $
Sous-total	540 241 $
Les frais d'administration et de soutien (14 %)	75 634 $
Total	615 875 $

Ce coût de fonctionnement correspond à ceux des six maisons des naissances qui, selon leur état financier des années 1996 à 1998, ont varié entre 450 000 $ à 725 000 $ pour un coût de fonctionnement moyen de 675 915 $.

1 Ce coût est fixé à partir des budgets consentis pour les lits de courte durée en santé physique (exercice 1998-1999).

CHAPITRE VI

L'évaluation : une amélioration continue de la qualité des services



L'évaluation : une amélioration continue de la qualité des services

L'implantation du projet sera mis en place en vue d'une amélioration continue des services offerts par le projet. Les différents aspects qui feront l'objet d'un suivi sont :

- l'accessibilité des services;
- l'approche globale de la naissance;
- le climat plus familial;
- la réponse adaptée aux besoins des femmes et des couples;
- la participation des femmes aux orientations des services et aux décisions;
- l'intégration, la continuité et la complémentarité des services;
- la sécurité des femmes et des nouveau-nés;
- la décentralisation des services jusqu'au niveau local.

L'ensemble des indicateurs identifiés doit par ailleurs permettre d'évaluer :

- l'utilisation des ressources financières;
- le processus d'implantation;
- les résultats intermédiaires;
- les retombées sur la santé et le bien-être.

Voici les indicateurs que nous nous proposons de suivre ainsi que les cibles qui leur sont associées. Différentes méthodes de cueillette permettront de recueillir les informations, par exemples la conception de formulaires ou de questionnaires et le système informatique intégration CLSC.

6.1 Les ressources financières

Voici les indicateurs retenus pour suivre l'utilisation des ressources financières.

	INDICATEUR	CIBLE
RESSOURCES FINANCIÈRES	Coûts – salaires	Atteinte de l'équilibre budgétaire
	Coûts – fournitures	
	Coûts – matériels	
	Coûts – équipements	
	Coûts de fonctionnement	

6.2 Les résultats de production

Voici les différents indicateurs de suivi du processus d'implantation du projet.

	INDICATEUR			CIBLE		
LA PRODUCTION	Le nombre d'heures travaillées			=		
	Le nombre d'équivalent temps complet			9,4		
	Le nombre de personnes titulaires de poste			10		
	Le nombre de femmes suivies			1ère année 125	2e année 175	3e année 200
	Le nombre de rencontres individuelles durant le suivi			10 et plus		
	La durée moyenne du suivi pour chaque rencontre			60 minutes		
	Le nombre d'accouchements			1ère année 100	2e année 150	3e année 175
	La proportion des durées de séjours inférieurs à 24 heures			100%		
	Le nombre d'appels téléphoniques pour de l'information sur les services de sages-femmes					
	Le nombre de rencontres de groupe (rencontres complémentaires aux cours prénataux)					
	Le nombre de soirées d'information					
	Le nombre de visites à domicile par les sages-femmes			3 (à 24 h, 48 h et 72 h)		
	Le nombre de visites à domicile par l'assistante natale					
	Le taux d'allaitement maternel[1]			À la sortie ↗	Après 3 mois ↗	Après 6 mois ↗
	À la sortie 80 %	Après 3 mois 60 %	Près 6 mois 30 %			

Légende : = : équilibre ↗ : augmentation

6.3 Les résultats intermédiaires

Le suivi des résultats intermédiaires vise à évaluer principalement l'atteinte des objectifs reliés à l'accessibilité, la continuité et la satisfaction de la clientèle ainsi que quelques retombées à moyen terme des services offerts par le projet.

LES RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES	INDICATEUR	CIBLE
	Le nombre de femmes suivies par le territoire de CLSC	↗
	La proportion de femmes résidant à l'extérieur du territoire de desserte n'ayant pu être suivies	↙
	La proportion de femmes ayant eu un suivi par une même sage-femme en pré, per et postnatal	100%
	La proportion de transferts urgents en per et postnatal	Moins de 3 %[2]
	Le nombre de consultations médicales en prénatal	
	La proportion de suivis conjoints (sage-femme / omnipraticien, gynéco)	
	La proportion de transferts en pré, per et postnatal (gynéco, omnipraticien)	
	Le délai des transferts ambulanciers interétablissements	Moins de 30 minutes
	Le taux des actes obstétricaux posés : épisiotomie, ventilation, réanimation, etc.	↙
	Le taux de mortalité périnatale (mortinaissances)	↙
	Le taux de mortalité néonatale précoce	↙
	Le taux de réadmissions hospitalières	↙
	Le profil socio-démographique de la clientèle	
	Les caractéristiques obstétricales de la cliente	
	La qualité des relations entre les professionnels (collaboration et complémentarité des services, par exemple corridors de services);	↗
	La satisfaction de la clientèle	↗

LES RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES	INDICATEUR	CIBLE
	La présence d'un membre du comité aviseur au comité des usagers-usagères	1 personne
	La qualité relationnelle avec la clientèle : service personnalisé, empathie, etc.	↗
	Le nombre de rencontres du comité aviseur et le suivi des recommandations émises	8 à 10 rencontres
Légende : = : équilibre ↗ : augmentation ↙ : diminution		

6.4 Les retombées sur la santé et le bien-être

Les retombées sur la santé et le bien-être sont des résultats à long terme et il est difficile d'évaluer l'apport spécifique du projet. Toutefois, l'amélioration de la santé physique, psychologique (attachement mère-enfant) et environnementale pourrait faire partie de retombées sur le bien-être de la mère et du nouveau-né.

---

1 MSSS, Direction générale de la santé publique, (1999), Priorités nationales de santé publique 1997-2002 : vers l'atteinte des résultats attendus : 1er bilan, Québec, page 32.

2 Blais, Régis et al. (1997), Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec, Montréal, page 237.

Conclusion

Le Projet d'intégration de services de sages-femmes vise à combler adéquatement l'absence de ressources alternatives en périnatalité pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec tout en améliorant l'accessibilité à des services obstétricaux pour une partie de la population. Le déploiement des services, qui se fera de façon tout à fait novatrice dans différents CLSC, permettra aux femmes de vivre l'expérience de la périnatalité dans un contexte plus près de leur milieu de vie.

L'intégration des services de sages-femmes se fera en complémentarité avec les services déjà offerts et reposera sur une concertation des partenaires du milieu de la santé et des services sociaux. Le Projet est assurément une voie en région pour l'intégration de la pratique des sages-femmes ainsi qu'une réponse à des besoins identifiés par des femmes et des couples de la région.

La structure administrative du futur Centre des naissances prévoit que les usagères soient au cœur de la prise de décision en ce qui concerne l'orientation et les politiques du Centre. Notons, par exemples, l'intégration du comité aviseur à l'organigramme et les pouvoirs qui lui seront conférés, la présence d'une membre de ce comité au comité des usagers-usagères du Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska.

Mentionnons finalement que le projet rejoint les objectifs de la Politique de périnatalité ainsi que les orientations du Ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'intégration des sages-femmes tout en s'harmonisant avec la philosophie de la pratique des sages-femmes.

Nous croyons fermement que ce projet ouvre une voie concrète à l'élargissement de la gamme de services en périnatalité pour notre région. Notre engagement et notre persévérance à l'élaboration de ce projet témoignent de notre profonde conviction en celui-ci.

Annexe I

Liste des personnes ou organismes ayant apporté leur appui au projet

Le projet a reçu l'appui de plusieurs personnes et organismes. Nous en profitons ici pour les remercier avec empressement :

- Association des CLSC et des CHSLD du Québec, madame Sylvie Fortin
- Centre de femmes Parmi Elles, madame Louise Soullière
- Collective des femmes de Nicolet et Région, madame Janie Gareau
- Corporation de Développement Communautaire de la MRC de Bécancour, madame Caroline Dion
- Corporation de Développement Communautaire Nicolet-Yamaska, madame Ghislaine Roy
- Député de Bas-Richelieu – Nicolet – Bécancour, monsieur Louis Plamondon
- Député de Nicolet-Yamaska, monsieur Michel Morin
- Diocèse de Nicolet, Mgr Raymond St-Gelais, évêque
- Diocèse de Trois-Rivières, Mgr Martin Veillette, évêque
- Maison de jeunes L'Eau-vent, monsieur Rémi Poirier
- Maison de la Famille de l'Ouest, madame Lucie Gagnon
- Maison La Nacelle Inc., madame Marie-Claude Hébert
- Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec, madame Francyne Ducharme
- Table inter MRC secteur Femmes du C.R.C.D.C.Q., madame Louise Lauzière
- Table sectorielle femmes MRC Nicolet-Yamaska, madame Chantale Paré
- Table sectorielle santé et services sociaux MRC Bécancour, madame Micheline Trudel
- Table sectorielle santé et services sociaux MRC Nicolet-Yamaska, monsieur Jean Fournier
- Université du Québec à Trois-Rivières, madame Huguette Boilard

Annexe 2

Liste des établissements et organismes ayant participé à la consultation sur le projet

Les CLSC

- Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska
- De l'Érable
- Drummond
- Les blés d'or
- Les Forges
- Regroupement Cloutier-Du Rivage
- Suzor-Coté

Les centres hospitaliers

- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- Hôpital Sainte-Croix
- Hôtel-Dieu d'Arthabaska

Les organismes communautaires oeuvrant en périnatalité

- Centre de ressources pour la naissance région Mauricie
- Allaitement-Soleil de Shawinigan
- La Maison de la Famille de l'Ouest

L'Université du Québec à Trois-Rivières

Le Comité des maisons de naissance du Québec

Annexe 3

Article 6. de la Loi sur les sages-femmes

Constitue l'exercice de la profession de sage-femme tout acte ayant pour objet, lorsque tout se déroule normalement, de donner à une femme les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et de donner à une femme et à son enfant les soins et les services professionnels requis durant les six premières semaines de la période postnatale. Ces soins et services professionnels consistent :

- À surveiller et à évaluer la grossesse, le travail, l'accouchement et, durant les six premières semaines, la période postnatale par l'application de mesures préventives et par le dépistage de conditions anormales chez la femme ou son enfant;
- À pratiquer l'accouchement spontané;
- À pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée.

Constitue également l'exercice de la profession de sage-femme, en cas d'urgence et dans l'attente d'une intervention médicale requise ou en absence de celle-ci, le fait d'appliquer la ventouse, de pratiquer l'accouchement en présentation du siège, de pratiquer l'extraction manuelle du placenta suivie de la révision utérine manuelle ou de procéder à la réanimation de la femme ou du nouveau-né.

Annexe 4

Le transport ambulancier

Parmi les critères énoncés, le respect d'un délai maximum de 30 minutes pour effectuer un transfert d'urgence est sans doute un des plus déterminants dans le choix de la localisation. Le futur Centre des naissances doit être situé à une distance raisonnable d'un centre hospitalier pouvant assurer le type d'intervention requis en cas de complications (césarienne d'urgence, etc.).

Afin d'évaluer le temps requis pour un transfert entre Saint-Grégoire, Saint-Célestin ou Nicolet et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR), les données du Système d'information sur le transport ambulancier (SITA) pour les années 1997-1998 et 1998-1999 ont été analysées. Les données ont été sélectionnées selon les critères suivants : (1) Transports considérés comme urgents, (2) Transports vers le CHRTR seulement. Au cours des années, le nombre de transports ambulanciers correspondant à ces critères s'élève à 13 pour St-Célestin, à 58 pour St-Grégoire et à 40 pour Nicolet.

Temps moyen du transport ambulancier en minutes selon le trajet, 1997-1999[1]

Trajet*	Temps de réponse*	Temps de stabilisation**	Temps destination***	Temps total	Temps minimum
Saint-Grégoire-CHRTR (N = 58)	13,2	10,3	10,9	34,4	22,0
Saint-Célestin-CHRTR (N = 13)	17,8	10,2	15,5	43,5	35,0
Nicolet-CHRTR (N = 40)	11,7	11,7	20,4	43,8	23,0

* Temps de réponse : Temps écoulé entre l'appel et l'arrivée de l'ambulance sur les lieux.
** Temps de stabilisation : Temps écoulé entre l'arrivée de l'ambulance sur les lieux et le départ de l'ambulance.
*** Temps destination : Temps écoulé entre le départ de l'ambulance des lieux et la prise en charge par le CH.

Bien que le temps moyen écoulé entre l'appel de l'ambulance et l'arrivée au centre hospitalier varie de 34 à 43 minutes selon l'emplacement, nous devons considérer que le temps nécessaire à la stabilisation de la femme ou du nouveau-né devrait se situer autour de 5 minutes dans le cas du Centre des naissances. En effet, la durée moyenne de 10 minutes a été établie à partir de diverses situations dont un certain nombre sont des accidents de la route, ce type de situation requérant plus de temps. Nous pouvons aussi considérer que la présence des sages-femmes auprès de la cliente avant l'arrivée des techniciens ambulanciers devrait

permettre de réduire ce délai. Par ailleurs, ils est possible de réduire considérablement le temps de réponse en établissant une entente de services avec l'entreprise ambulancière concernée. Pour ces raisons, les scénarios proposant St-Grégoire et Nicolet répondent aux critères du délai maximum de 30 minutes pour le transfert d'urgence.

---

1 Rocheleau, Louis. *Bassin de desserte de la maison des naissances Nicolet-Yamaska : Projections démographiques 1996-2011*, Trois-Rivières, 22 juillet 1999, 4 p.

Bibliographie

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur l'intégration de la pratique des sages-femmes dans le réseau de la santé et des services sociaux*, Montréal, 1999, 32 p.

BRIÈRE, Paule. *Revue de la littérature internationale sur les centres de maternité : Rapport de recherche présenté au comité de politique en périnatalité du MSSS*, Montréal, 1991.

BRUNELLE, Christiane. *Un centre de maternité au service de la communauté de Côte-des-Neiges : Projet-pilote de pratique sage-femme au CLSC Côte-des-Neiges*, Montréal, novembre 1993, 30 p.

CLSC SOC. *Centre de maternité en Estrie : Projet-pilote de pratique de sages-femmes*, Sherbrooke, mai 1994, 53 p.

CLSC SUZOR-CÔTÉ ET CENTRE HOSPITALIER HÔTEL-DIEU D'ARTHABASKA. *Projet sur la pratique sage-femme*, Victoriaville, octobre 1993, 80 p.

COMITÉ AVISEUR D'IMPLANTATION DU COMPLEXE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX NICOLET-YAMASKA. *Projet de la maison des naissances région Mauricie et Centre-du-Québec : État de situation*, Nicolet, septembre 1999, 10 p.

COMITÉ PROVINCIAL DES MAISONS DE NAISSANCE. *Les maisons de naissances au Québec : Cadre de référence*, Sherbrooke, octobre 2000, 32 p.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC. Les mortinaissances dans le cadre des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec, juillet 1999.

CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS, DIRECTION DE LA RECHERCHE ET DE LA PLANIFICATION. *Étude d'opportunité d'une maternité avec sages-femmes pour l'Outaouais*, Hull, janvier 1986, 201 p.

ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec, 1997.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Loi sur les sages-femmes, juin 1999.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Conseil d'évaluation des projets-pilotes. Projets-pilotes sages-femmes, rapport final et recommandations, 1997

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Pratique des sages-femmes, recommandations ministérielles, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 : Vers l'atteinte des résultats attendus : Le bilan*, Québec, 1999, 146 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, Québec, 1993, 101 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport final et recommandations*, Québec, 1998, 139 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Plan de consolidation 1999-2002 : Une vision d'amélioration continue*, Trois-Rivières, 1999, 100 p.

ROCHELEAU, Louis. *Bassin de desserte de la maison des naissances Nicolet-Yamaska : Projections démographiques 1996-2001*, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Trois-Rivières, 8 août 1999, 6 p.

ROCHELEAU, Louis, Carole BOUDREAU et Carl LACHARITÉ. *Les besoins des femmes et des couples de la région en périnatalité*, Nicolet, 10 juin1998, 31 p.